UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 68

FACULTÉ DE MEDECINE

DE LA PONCTION

DES

KYSTES DE L'OVAIRE DYSTOCIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juin 1913

PAR

Félix DELANOË

Lauréat de la Faculté (Concours 1909-1910)

Chef des Travaux d'Histologie

Né à Saint-Denis (Ile Bourbon), le 4 juillet 1887

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 14
LIBRARY

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

PUECH, Prof.-Adj., *Président.*
VIALLETON, Professeur.
RICHE, Agrégé.
EUZIÈRE, Agrégé.
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

DE LA PONCTION

DES

KYSTES DE L'OVAIRE DYSTOCIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 68
9.

DE LA PONCTION

DES

KYSTES DE L'OVAIRE DYSTOCIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juin 1913

PAR

Félix DELANOË
Lauréat de la Faculté (Concours 1909-1910)
Chef des Travaux d'Histologie
Né à Saint-Denis (Ile Bourbon), le 4 juillet 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse
- PUECH, Prof.-Adj., *Président.*
- VIALLETON, Professeur. } *Assesseurs.*
- RICHE, Agrégé. } *Assesseurs.*
- EUZIERE, Agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
1913

PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (✻)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. des f)

Examinateurs de la thèse ;

MM. PUECH, prof.-adj., *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
VIALLETON, professeur.	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

F. DELANOË.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIALLETON

Pour exprimer à mon maître ma reconnaissance, les paroles sont bonnes mais insuffisantes : elles ne peuvent traduire les sentiments de gratitude et d'admiration qui m'animent à son égard.

A MON EXCELLENT COMPATRIOTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JADIN

F DELANOE.

DE LA PONCTION

DES

KYSTES DE L'OVAIRE DYSTOCIQUES

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 14
LIBRARY

INTRODUCTION

De faict la practique de Médecine bien proprement est par Hippocrates comparée à ung combat & farce joüée à trois personnaiges : le Malade, le Médecin, la Maladie.

RABELAIS (1).

La question des rapports des kystes de l'ovaire et de la puerpéralité est à l'ordre du jour. Pour s'en convaincre, il suffit de se reporter aux discussions qui, à la suite de la communication de M. Lepage à la Société d'Obstétrique de Paris (février 1912), ont occupé plusieurs séances de cette Société, ainsi qu'au rapport de MM. Puech et Vanverts au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique qui vient de se tenir à Lille (Mars 1913).

(1) Epistre à très-illustre prince et reverendissime Mon Seigneur Odet, cardinal de Chastillon (datée du 28 janvier 1557). — Imprimée en tête « du quart livre des faicts et dicts héroïques du noble Pantagruel ».

A ne considérer que le traitement de la dystocie par kyste ovarique, l'impression qui se dégage de ces travaux récents est que l'ovariotomie abdominale, avec ou sans opération césarienne, constitue à l'heure actuelle la meilleure méthode thérapeutique.

On comprend aisément qu'il en soit ainsi : les progrès toujours croissants de l'antisepsie, la précision que l'on est arrivé à donner à la technique opératoire ont, en somme, rendu bénigne cette intervention jadis sévère. Mais est-il besoin de faire remarquer que pour exécuter une opération pareille, obtenir une antisepsie rigoureuse, il faut se trouver dans des conditions spéciales ? Dans les Hôpitaux, les Cliniques particulières, alors que tout est disposé en vue de telles interventions, que l'on a sous la main tous les instruments qui y répondent, que des aides spécialisés y assistent, ces conditions peuvent être réalisées et le sont effectivement. Mais en est-il toujours ainsi dans la pratique ?

Assurément non.

Il était donc intéressant de se demander si, dans la dystocie par kyste *prævia* de l'ovaire, la ponction simple de la tumeur, jadis communément employée, devait être absolument abandonnée ; si cette méthode de traitement, simple et à la portée de tous, n'était pas susceptible de rendre des services au praticien mal outillé, insuffisamment assisté et exerçant dans des milieux peu propices aux interventions abdominales.

L'analyse des 45 observations que nous rapportons, nous permettra d'y répondre par l'affirmative.

Nous avons rangé les faits en deux catégories :

L'une contient les cas où la ponction du kyste fut insuffisante et où il fallut, pour que l'accouchement fût possible, recourir à une autre intervention.

L'autre, tous ceux où l'on réussit à obtenir, par la ponction de la tumeur, une désobstruction suffisante de la filière pelvienne pour que le fœtus pût la franchir.

Les faits ainsi réunis et classés, il devenait facile de déterminer le plus correctement possible la valeur de la ponction.

Notre thèse comporte cinq chapitres. Dans le premier, nous donnons un rapide aperçu de la dystocie kystique ; nous fixons le but et rappelons le manuel opératoire de la ponction dans le deuxième ; dans le troisième, nous nous sommes attaché à dégager les avantages et les inconvénients de la ponction ; dans le quatrième, nous exposons les faits que nous avons recueillis ; dans le dernier, nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU SUR LA DYSTOCIE KYSTIQUE

L'accouchement dans les cas de tumeurs ovariennes peut assez souvent se faire sans difficulté ; il n'y a de dystocie véritable que si la filière pelvi-génitale se trouve rétrécie par la tumeur.

L'angustie de l'excavation pelvienne dépend de plusieurs facteurs : situation, mobilité, volume, nature de la tumeur.

1° *Situation.* — C'est le facteur capital. Ce sont les kystes pelviens et abdomino-pelviens, ceux qui se placent au devant de la partie fœtale, lorsque cette dernière cherche à pénétrer dans l'excavation, qui sont les véritables tumeurs dystociques. On les a justement dénommés *Kystes prævia.*

Avec les tumeurs abdominales, le plus souvent l'expulsion du fœtus se fait naturellement ; l'accouchement n'est que très rarement pathologique. Et même dans ces derniers cas il s'agit de dystocie de médiocre importance, pour laquelle une intervention simple comme le forceps ou la version suffit pour lever les difficultés.

2° *Mobilité.* — Un kyste libre d'adhérences et pédiculé peut, pendant le travail, exécuter de lui-même un mouvement ascensionnel, ou bien être facilement refoulé au-

dessus du détroit supérieur : l'excavation pelvienne une fois désobtruée, l'accouchement se fait en général simplement. Mais s'il s'agit de kystes fortement adhérents, inclus dans les ligaments larges, à pédicule très court, les déplacements spontanés dont ils sont susceptibles ne peuvent avoir lieu, leur refoulement est impossible.

3° *Volume.* — En règle générale les kystes petits offrent, plus que les kystes volumineux, des chances de dystocie ; mais c'est en raison de leur situation. Tandis que les premiers, en effet, trouvent à se loger dans le bassin (cul-de-sac postérieur de Douglas le plus souvent — sur un côté de l'utérus — dans la fossette comprise entre l'aileron postérieur et l'aileron moyen - même devant l'utérus), les seconds, ayant leur base trop large pour occuper l'excavation pelvienne, siègent, en conséquence, dans la cavité abdominale.

Cependant les gros kystes peuvent quelquefois rétrécir l'aire pelvienne lorsqu'une loge par exemple s'est développée secondairement du côté de la fosse de Douglas, s'y est fixée ou non par des adhérences. De même une extrémité inférieure un peu saillante d'un grand kyste uniloculaire peut en occupant le détroit supérieur empêcher l'engagement du fœtus.

4° *Nature.* - La nature des kystes nous intéresse aussi au point de vue de l'évolution de l'accouchement d'une part, de l'autre au point de vue de la ponction. D'une manière générale, l'on peut diviser les kystes en trois espèces principales :

1° Les kystes uniloculaires ;
2° Les kystes multiloculaires ;
3° Les kystes dermoïdes et fœtaux.

Ces derniers sont les plus à redouter. Toutes les statistiques établissent, en effet, la fréquence des kystes dermoïdes comme cause de dystocie. MM. Puech et Vanverts en donnent les raisons : « ces tumeurs, écrivent-ils (1), d'ordinaire de médiocre volume, restent volontiers dans l'excavation pelvienne, sans tendance à s'élever au-dessus du détroit supérieur ; elles sont assez souvent fixées aux organes voisins et aux parois du bassin par des adhérences solides ; la nature de leur contenu d'évacuation moins aisée que le liquide des kystes mucoïdes (unis ou multiloculaires), les rend plus ou moins irréductibles; enfin, comme le remarque Fristch, elles se rencontrent souvent chez des personnes jeunes, comme tumeurs congénitales. »

Au point de vue de la ponction, il est de toute évidence que l'évacuation d'une tumeur sera plus ou moins complète suivant que cette dernière contiendra un liquide plus ou moins filant et que ce liquide lui-même sera collecté dans une ou plusieurs poches. Parfaits, lorsqu'il s'agit de kystes uniloculaires à contenu séreux, les résultats de la ponction sont moins bons dans le cas de kystes multiloculaires, dont une poche peut contenir un liquide clair, citrin, aqueux, très fluide, une poche voisine un produit poisseux, albumineux, une autre poche enfin une substance graisseuse ; ils sont mauvais dans le cas de kystes dermoïdes à propos desquels, certes, il serait plus rapide d'énumérer les substances que l'on n'y a encore point rencontrées que de rappeler toutes celles qu'on y a trouvées.

---

(1) *Tumeurs de l'ovaire et grossesse*, par MM. Puech-Vanverts : Congrès national de Gyn. d'Obst. et de Paed., VII· session. Lille (mars 1913).

Les manières d'être des kystes, favorisant la production de la dystocie, une fois déterminées, il importe de se poser la question suivante. Etant donné un kyste prævia, produisant une obstruction plus ou moins marquée de l'excavation pelvienne, quelles sont, dans la lutte qui se passe entre la partie fœtale qui cherche à s'y engager et le kyste contre lequel elle vient buter et qui s'oppose à son engagement, les différentes éventualités cliniques susceptibles de se présenter ?

1° *Rupture utérine.* — C'est d'abord l'éclatement du segment inférieur de l'utérus, mode de terminaison d'ailleurs peu fréquent. On ne l'a trouvé signalé que cinq fois (1). Mais, l'existence d'un kyste prævia restant parfois méconnue, il est permis de penser que bien des ruptures de la matrice, dont on n'a pu déterminer la véritable cause, lui sont peut-être dues.

2° *Ascension de la tumeur.* — Pendant le travail il peut aussi arriver — mais rarement et à condition que la tumeur ait un pédicule assez long et soit sans adhérence — que le kyste remonte à la façon d'un fibrome au-dessus du détroit supérieur.

Ce mouvement ascensionnel, bien que le mécanisme n'en soit pas élucidé, ne peut être contesté. Parmi nos observations, nous en relevons un cas (Guérin, Valmale). Il se fait tantôt d'un seul coup, tantôt graduellement. Dans un cas comme dans l'autre les conséquences en sont des plus heureuses : l'excavation maintenant libre, l'accouchement pourra se terminer spontanément

(1) Puech-Vanverts, *loc. cit.*

ou à l'aide d'une intervention facile (forceps, version interne).

3° *Aplatissement de la tumeur.* — C'est la troisième éventualité qui peut se présenter dans la lutte du fœtus et du kyste *prœvia.* Cet aplatissement réclame certaines conditions : mollesse de la tumeur, plus ou moins grande fluidité de son contenu, manque de tension de la poche kystique. Toutes ces conditions ne sont pas souvent réalisées, ce qui fait que les exemples d'aplatissement du kyste ne sont pas nombreux.

Aussi ne doit on pas compter sur le laminage du kyste pas plus que sur son ascension spontanée. Et ne se déterminer à n'agir que lorsque, après une longue attente, l'un ou l'autre ne se sera pas produit, c'est faire courir à la malade les gros dangers de la rupture utérine ou de celle du kyste.

4° *Rupture du kyste.* — Relativement fréquente pendant le travail. Les contractions utérines qui pressent le fœtus contre la tumeur maintenue dans le bassin, les manœuvres d'extraction du fœtus à travers la filière pelvienne obstruée (refoulement, forceps, version interne) ou bien encore, pour les kystes abdominaux, les contractions des muscles de l'abdomen, telles sont les causes de l'éclatement. Quoiqu'il en soit, la rupture de la tumeur entraîne la désobstruction de l'excavation et rend facile l'évolution de l'accouchement. Mais très souvent, il en résulte aussi pour la femme de grands dangers. L'épanchement du contenu kystique — à moins que ce dernier s'épanche au dehors par le rectum ou le vagin, ce qui est exceptionnel — se fait dans la cavité péritonéale. Il s'en suit la mort de la parturiente par collapsus ou, plus habituellement,

par péritonite aiguë. Pourtant cette issue fatale, presque inévitable avec un kyste dermoïde, n'a pas toujours lieu, notamment avec les kystes mucoïdes. Les dangers de la rupture sont moins grands pour ceux-ci que pour ceux-là. Cependant comme ces derniers constituent la majeure partie des kystes dystociques de l'ovaire (M. Kerron 67, 2 0/0 ; Puech-Vanverts 62 0/0), il reste en définitive que la rupture de la tumeur offre à la malade plus de risques que de chances de guérison.

5° *Descente de la tumeur devant la partie fœtale.* — Outre l'ascension de la tumeur, son aplatissement, sa rupture, il y a encore, pouvant permettre la terminaison de l'accouchement, la descente du kyste au-devant de la présentation fatale. L'issue du kyste hors du bassin peut s'effectuer par deux voies, le rectum ou la vulve, après avoir entraîné soit la perforation de la paroi rectale antérieure, soit la déchirure du vagin. Dans ces conditions, l'on comprend que dans ce cas, tout comme pour la rupture de la tumeur, la mortalité maternelle reste grande (Playfair 60 0/0 – Puech-Vanverts 25 0/0).

En résumé, nous voyons que des cinq éventualités susceptibles de se présenter, quand un kyste ovarien obstrue plus ou moins l'excavation pelvienne, il y en a une qui constitue une complication des plus redoutables : celle relative à la rupture utérine.

Les quatre autres permettent, en produisant la désobstruction du bassin, l'expulsion spontanée ou l'extraction facile du fœtus ; malheureusement, tandis que l'ascension et le laminage du kyste, à pronostic favorable, sont très rarement observés, sa rupture et sa descente devant la présentation fœtale font courir à la femme les plus grands dangers.

Par conséquent, en pratique, l'on doit redouter la production de celles-ci, et ne point compter sur ceux-là. Le rôle de l'accoucheur, en présence d'une dystocie kystique, est de tâcher de débarrasser de la tumeur la filière pelvienne. Par quels moyens ? Refoulement, ponction, incision vaginale du kyste, ovariotomie !

C'est de la ponction simple dont nous nous occuperons.

CHAPITRE II

BUT ET MANUEL OPERATOIRE DE LA PONCTION

La ponction simple est un *traitement palliatif*, ayant pour but de vider plus ou moins le kyste ovarique de son contenu, d'en réduire le volume pour que, la filière pelvienne momentanément désobstruée, l'accouchement, jusque-là impossible, puisse se terminer spontanément ou à l'aide d'une intervention facile.

Il ne faut pas lui en demander davantage. En général tous les kystes ponctionnés se reforment, en effet, très vite : la ponction simple n'en est donc pas le *traitement curatif* et ne peut être considérée comme telle. Cependant il est vrai que Lomer en rapporte deux cas de guérison (1). Il s'agissait de kystes parovariques. Mais l'on peut toujours se demander si la guérison n'était pas qu'apparente, car dans l'observation de Porak et Couvelaire que nous rapportons, où il s'agissait également d'un kyste parovarique, celui-ci, qu'on avait cru guéri, fut retrouvé sept ans plus tard.

Ajoutons que c'est à cause même de la rapidité avec laquelle se reforme le contenu des kystes (on en compte beaucoup qui ont été ponctionnés plus de cent fois) qu'il est *illogique de recourir à la ponction pendant la gros-*

(1) Lomer. Arch. f. Gyn., 1882, t. IX.

sesse (1). Il y a toujours lieu de craindre en effet qu'entre le moment de la ponction et celui du travail, le kyste ait le temps de se remplir à nouveau et de reconstituer l'obstacle.

La ponction simple, à cause de sa facilité d'exécution, a été pratiquée de tout temps pour l'évacuation des kystes de l'ovaire, alors même qu'on les confondait avec l'ascite, et Hippocrate, notamment, recommandait la paracentèse près du nombril pour toutes les hydropisies abdominales. Aussi longue est la liste des accoucheurs qui y ont eu recours dans des cas de dystocie occasionnée par des tumeurs ovariennes.

Pour effectuer la ponction on se sert de trocarts (2) d'une longueur de 10 à 20 centimètres et d'un diamètre de 3 à 5 millim., dimensions suffisantes d'une part pour rendre facile et assez prompte l'écoulement des liquides à consistance mucoïde, de l'autre pour permettre, au cas de besoin, d'introduire dans la canule du trocart une sonde en gomme élastique ou drain.

Cependant, il arrive que, même en employant un trocart plus volumineux, la ponction du kyste ne donne issue à aucune substance. C'est ce qui a lieu pour les kystes dermoïdes dont le contenu, maintenu liquide par la chaleur interne, se prend en masse au contact de la paroi froide de la canule et ressemble alors à de la graisse, à du suif, à de la glu. Dans ces cas Fochier a recours à l'artifice suivant : il chauffe d'abord le trocart à 40° environ, ponctionne, puis enveloppe de compresses imbibées d'eau à

---

(1) Puech-Vanverts, *loc. cit.*

(2) Avant l'invention du trocart par Canons, on se servait soit d'un bistouri à double tranchant, soit du pyulque ou pyulcon de de ηνον pus et ἑλκω je retire.

40 ou 45° toute la partie de l'instrument qui reste en dehors.

La ponction simple a été accusée de produire l'infection du kyste. Aussi n'oubliera-t-on jamais de s'entourer de toutes les garanties d'antisepsie et d'asepsie rigoureuses.

On peut aussi, pour obtenir une évacuation plus complète de la tumeur, employer un appareil aspirateur. On se sert d'ordinaire de celui connu sous le nom de Potain, quoiqu'il appartienne en réalité, comme le fait constater Treille, à J. Guérin qui s'en servait pour aspirer les liquides utérins.

Lorsque le kyste est vidé de son contenu, il faut, pour retirer la canule du trocart, avoir soin d'en boucher l'orifice externe avec le pouce ou l'index avant de l'enlever brusquement. Cette petite précaution -- recommandée d'une manière formelle — permet de se mettre à l'abri d'accidents graves, par exemple d'une péritonite mortelle qui résulterait de l'écoulement dans la cavité péritonéale de quelques gouttes du liquide d'un kyste infecté. Une précaution de même ordre est à prendre dans les ponctions aspiratrices : on continuera à faire de l'aspiration, pendant qu'on retirera la canule du trocart, pour que les gouttes du liquide — souvent très irritant — qu'elle contient ne s'épanchent pas dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire.

Il reste à faire deux recommandations générales relatives l'une au point d'élection de la ponction et à l'opportunité du moment où elle doit être exécutée, l'autre à l'évacuation du rectum et au cathétérisme de la vessie.

C'est, d'abord, de préférence pendant les douleurs que l'on doit ponctionner. Les contractions utérines en poussant la tête fœtale, qui presse sur la tumeur, la rendent, en

effet, plus saillante et moins mobile, par suite plus accessible à l'introduction de l'instrument évacuateur.

Quant au point d'élection c'est, quand la fluctuation existe, l'endroit où elle est le plus manifeste. La fluctuation dans un point quelconque indique, en effet, que derrière ce point il n'y a aucun organe entre le kyste et la paroi à travers laquelle on ponctionne. Malheureusement l'on ne peut guère compter sur elle ; il arrive souvent, en effet, que les kystes, au cours du travail, présentent la consistance de véritables tumeurs solides au point d'en imposer pour des exostoses du bassin. (Cas de Bandelocque : L'art des accouch., t. II., p. 269).

D'un autre côté, l'état de réplétion plus ou moins grande de la vessie et du rectum, ayant, à plusieurs reprises, prêté à des erreurs de diagnostic, il importe, en conséquence, de toujours prendre soin de vider la vessie par le cathétérisme et d'évacuer le rectum par un lavement.

La ponction s'effectue par le vagin, le rectum et l'abdomen. La voie vaginale est la plus usitée.

Ponction abdominale. — Barnes lui a donné ses préférences pensant que l'on arrivait ainsi à donner plus sûrement issue au liquide pathologique. Quoiqu'il en soit, ici les dangers sont plus grands. Non-seulement il peut arriver que l'on perfore l'utérus gravide, mais aussi l'on risque de blesser une anse intestinale ou bien un gros vaisseau, une veine dilatée par exemple courant dans la paroi abdominale ou celle du kyste, ce qui peut être suivi de mort comme S. Wells en rapporte un cas.

Aussi serait-il prudent, si l'on voulait pratiquer la ponction abdominale, de suivre le conseil que donne Kœberlé (obs. XXI, *Gazette des hôpitaux* 1867, p. 11) d'ausculter et

de percuter au niveau de l'endroit où devrait être porté le trocart, pour s'assurer qu'il n'y a ni bruit de souffle ni sonorité qui répondrait à la présence d'un vaisseau ou d'une anse intestinale au devant de la tumeur.

Ponction rectale. — Mérimann (Méd. Chir. Trans., t. X, p. 76) la préconise parce que ce procédé n'exposerait pas à la déchirure des parois vaginales au moment du passage de l'enfant. C'est un avantage; on en trouve un autre dans les rapports immédiats qui existent presque toujours entre le rectum et le kyste.

Quoiqu'il en soit, si l'on peut avoir dans certains cas, comme dans celui d'Hirigoyen par exemple, des raisons d'exécuter la ponction rectale, l'on peut dire que l'on doit la rejeter comme procédé courant ; et, bien qu'on prétende qu'elle ne soit pas passible de l'objection faite à la ponction vaginale au sujet de l'entrée de l'air dans le kyste par suite de la contraction du sphincter anal ou de la possibilité de l'infection par les lochies, nous ferons remarquer qu'il y aurait lieu de redouter plus encore la pénétration dans la tumeur de gaz intestinaux et de matières fécales.

Ponction vaginale. — C'est le procédé usité. Callisen serait le premier qui l'aurait, en 1775, proposée et exécutée et guéri sa malade; mais Neumann semble être le premier qui la pratiqua dans un accouchement à terme entravé par la présence d'un kyste. (Traité de path. méd. et de thér., t. II, p. 72).

La ponction par le vagin d'une tumeur dystocique de l'ovaire a sa raison d'être en ce que par cette voie le kyste est très accessible au trocart. Une tumeur dystocique, en effet, est celle qui plonge dans l'excavation en avant de la

présentation fœtale. Cette dernière par suite des contractions de l'utérus presse sur le kyste, le fixe dans le fond du bassin, le met en contact étroit avec la paroi vaginale, le rend saillant, toutes circonstances qui rendent des plus faciles l'exécution de la ponction. Un trocart ordinaire ou le trocart de l'appareil de Potain, quelquefois un appareil aspirateur pour faciliter l'évacuation du kyste, voilà toute l'instrumentation. Et pour pratiquer la ponction, les doigts de la main gauche introduits dans le vagin vont jusqu'au niveau de la tumeur, en désignent le point le plus fluctuant et servent de guide au trocart mené par la main droite.

Pour avoir plus de sûreté et mieux reconnaître le point le plus saillant du kyste, on peut avoir recours au spéculum et placer la malade comme pour l'opération de la fistule vésico-vaginale.

La ponction des kystes par le vagin est donc à tout prendre, une opération très simple, à la portée de tous les praticiens.

CHAPITRE III

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA PONCTION.

Il ne peut venir à la pensée de personne ici que je préconise le traitement par la ponction de tous les kystes de l'ovaire ; mais je pense que la ponction ne doit pas être systématiquement proscrite et qu'elle trouve son indication dans certains cas.

LEPAGE (1).

Une instrumentation réduite, un manuel opératoire très simple font donc de la ponction des kystes de l'ovaire une intervention des plus faciles. Mais, outre qu'elle n'est, avons nous dit, qu'un traitement palliatif ne déterminant qu'une disparition temporaire de la tumeur, est-ce une opération inoffensive et toujours efficace ?

La ponction ne permet pas toujours de libérer l'excavation pelvienne pour que le fœtus puisse s'y engager et progresser. Quand il s'agit d'un kyste purement séreux, en général uniloculaire, on en obtient des résultats parfaits ; pour les kystes multiloculaires et dermoïdes, c'est autre chose : avec les premiers il peut arriver qu'il faille répéter plusieurs fois la ponction pour obtenir l'évacuation la plus complète possible de la tumeur ; avec les seconds, même en ayant recours à l'artifice de Fochier, l'on ne

(1) Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris ; Séance du 12 février 1912.

donnera issue le plus souvent qu'à une partie de leur contenu, suffisante, pourtant, pour en réduire assez le volume et supprimer, du même coup, la cause de dystocie.

La ponction peut être suivie d'accidents aux suites plus ou moins graves : la blessure d'un vaisseau courant dans la paroi du kyste, la création d'un point faible dans cette paroi, la torsion du pédicule, la lésion d'un viscère, de la vessie ou du rectum, l'épanchement dans la cavité péritonéale du contenu de la tumeur (1), conséquemment l'inflammation possible de la séreuse, enfin l'infection du kyste et sa suppuration.

Telle est la liste, très chargée, des dangers qui peuvent être la conséquence de cette opération.

Ces accidents éventuels ne doivent évidemment pas être perdus de vue dans l'appréciation de l'opportunité de la ponction, et l'on comprend, dans une certaine mesure, que beaucoup de cliniciens hésitent à employer un moyen de traitement qui non-seulement ne guérit point radicalement, mais peut, d'un autre côté, compromettre l'existence de la malade. C'est ainsi que Pinard et Bar en France ; Chrobak, Hirst, Lobenstine, Pfannenstiel, Spencer, Wertheim, Zweifel à l'étranger ne sont pas partisans de la ponction des kystes prævia de l'ovaire au cours du travail.

Les uns, comme Fischel (2), lui préfèrent des essais de reposition, même forcés. Pourtant, la pratique de ces manœuvres ne va pas sans accidents, car le kyste peut éclater et s'enflammer plus tard.

D'autres, comme Brook Walls, estiment qu'on fait courir moins de risques à la malade en pratiquant l'ova-

---

(1) Voir l'observation de Wertheim et celle de Von Herff.

(2) Prager méd. Wochenschrift, 1882, n° 6 et 7.

riotomie vaginale qu'en ponctionnant les kystes par le vagin.

D'autres, enfin, avec Bar, craignent que la tumeur, une fois vidée de son contenu, n'ait, pendant l'accouchement, ses parois traumatisées, d'où complications peut-être graves, et concluent à l'ovariotomie par la voie haute dans tous les cas de dystocie par tumeur de l'ovaire. « Mieux vaut adopter, dit-il, une intervention qui comporte quelques risques, mais des risques connus et en quelque sorte pesés, qu'une intervention en apparence moins grave, mais dont les risques restent obscurs. Or, les opérations par la voie vaginale (incision ou ponction) sont de ces dernières ». (1)

Et Pinard (2) d'ajouter « qu'à l'époque actuelle, en face de la puissance de la chirurgie opératoire, ce serait faire un pas en arrière que de préconiser d'une façon générale la simple ponction ».

Au fait il est évident que, toutes les fois que l'on pourra recourir à l'ovariotomie abdominale, on n'hésitera point à le faire, la malade n'ayant qu'à y gagner. S'il est vrai, en effet, que cette opération — d'ailleurs pas à la portée de tous — comporte elle aussi des risques, ces derniers, du moins, sont contre-balancés par les chances d'une guérison définitive

Or, il n'en est pas de même pour la ponction des tumeurs ovariennes : elle ne fait que retarder l'ovariotomie à laquelle l'on se verra contraint d'en venir tôt ou tard.

En conséquence, pourquoi, au cas de kystes dystociques,

---

(1) Soc. d'Ost. et de Gyn. de Paris, séance du 11 mars 1912

(2) Séance du 22 avril 1912.

ne point pratiquer tout de suite, une fois pour toutes, cette dernière opération ?

Certes, quand elle est possible, il est incontestable que, dans la dystocie par kyste, l'ovariotomie abdominale soit le traitement de choix. Mais pour la pratiquer avec toutes chances de succès, il faut des conditions de milieu et d'assistance qui ne sont pas souvent réalisées. A l'hôpital, dans les cliniques particulières, alors que toutes les mesures d'antisepsie et d'asepsie rigoureuses sont prises, alors que l'opérateur se trouve entouré d'aides spécialisés, cette opération peut être tentée avec toutes les chances de réussite. Mais dans la pratique journalière, dans les villages, les petites villes en est-il de même ? Puis l'ovariotomie, effectuée au cours du travail surtout, peut présenter beaucoup de complications imprévues. Combien de praticiens sont prêts à y faire face ? Combien sont assez outillés pour entreprendre cette opération qui demande, par ailleurs, l'exercice d'un jugement soigné et d'un profond discernement ?.. Personne ne niera qu'il y ait des circonstances dans lesquelles il n'est absolument pas possible au médecin d'exécuter par la voie haute l'ablation d'un kyste de l'ovaire prævia occasionnant une dystocie. Alors à quel moyen de traitement aura-t-il recours ?

Au refoulement !

S'il est possible, mais outre que cette mesure présente elle aussi des dangers que nous connaissons, elle n'est pas toujours applicable. Lisons ce que dit Lomer dans son mémoire « De la complication de l'accouchement par les tumeurs ovariques » (1), « il n'en est pas moins vrai,

---

(1) Lomer : *loc. cit.*

dit il, que toutes les tumeurs ne se laissent pas refouler et alors il faudra bien avoir recours à la ponction... Il y a nombre de tumeurs pour lesquelles, en employant ce petit moyen inoffensif, grâce aux précautions antiseptiques, on peut terminer rapidement et sans danger l'accouchement... »

La ponction, moyen inoffensif, voilà ce qu'en pense Lomer. C'est peut-être excessif, toute chance d'infection du kyste ne pouvant être sûrement écartée ; mais il n'est pas douteux qu'en se conformant, ce qui est simple et comme il est de règle en obstétrique, à une antisepsie rigoureuse, l'on ne puisse se mettre à l'abri de gros accidents.

Au surplus, sur quoi s'est-on basé, jusqu'à présent, pour juger de la valeur de la ponction au cours du travail ?

Sur la comparaison des résultats de l'ovariotomie. — Opération relativement récente, faite dans des conditions extrêmement favorables — et de ceux de la ponction, déterminés par les statistiques anciennes, celles de Playfair, de Jetter, de Litzmann, toutes d'ailleurs antérieures à l'époque à laquelle l'antiseptie entre dans une ère vraiment nouvelle.

Voici ces statistiques que nous relevons de la thèse de Rémy :

1° Playfair trouve :

9 mères vivantes pour.	0 morte.
6 enfants vivants pour	3 morts.

2° Jetter trouve :

11 mères vivantes pour.	5 mortes.
4 enfants vivants pour.	5 morts.

3° Quant à celle de Litzmann, dont Fischel fait état pour élever des objections contre l'emploi de la ponction, sur 7 cas, on ne trouve qu'une puerpéralité normale, 4 puerpéralités très sérieusement compromises, deux morts, un seul enfant vivant.

Ces deux dernières statistiques ne sont point faites pour donner confiance. Mais il est juste d'ajouter que les cas de Jetter, ceux de Litzmann ne comportent pas que des cas où seule la ponction a été pratiquée. Ceux de Litzmann, notamment, comprennent la perforation, 1 forceps, 2 versions. Dès lors les mauvais résultats obtenus ne doivent-ils pas, pour une part, revenir à ces interventions? D'ailleurs, Litzmann (1) reconnaît bien lui-même le tort de sa statistique et ne craint pas de dire « que jamais la ponction n'a causé essentiellement de préjudices ». Et c'est ce que montrent, en effet, toutes les observations de Playfair où — en ne considérant que la mortalité maternelle — l'on ne compte pas un seul cas de décès, alors que la ponction fut le seul traitement employé ! Il y a donc là, disent très justement MM. Puech et Vanverts, un élément qui doit entrer en ligne de compte pour établir la valeur de la ponction vaginale.

Il nous reste à répondre à ceci : on accuse couramment la ponction de produire des adhérences dans le point où elle a été pratiquée, ce qui créerait, évidemment, de sérieuses difficultés pour l'opération ultérieure de l'ovariotomie.

Nous verrons, d'après nos exemples, qu'il n'en est rien.

Mais, *a priori*, on pouvait dire que cela ne pouvait être.

---

(1) Litzmann. Deutsche klinik, 1852.

Que se passe-t il, en effet, après une ponction faite dans un kyste exempt d'adhérences ? On remarque, en général, que la tumeur s'affaisse et se rétracte, si bien que la piqûre du kyste ne correspond plus du tout à celle de l'abdomen, du vagin, ou du rectum. Il est donc impossible que puissent se former des adhérences par inflammation adhésive.

D'un autre côté, aujourd'hui que l'ovariotomie se pratique de façon courante dans des cas où des kystes n'ont jamais été ponctionnés, on note que sur 100 kystes, opérés dans ces conditions, plus des 3/4 présentent des adhérences plus ou moins fortes. Et puisque 75 fois sur 100 les adhérences se forment en l'absence de toute ponction, on ne doit donc pas les attribuer à cette intervention, lorsqu'on en rencontre sur des kystes préalablement ponctionnés.

Au surplus, voici une statistique de Spencer Wells destinée à établir l'influence de la ponction sur l'ovariotomie.

Spencer Wells prend parmi ses 500 premières observations d'ovariotomie, les cas où la ponction n'a jamais été faite et ceux où elle a été pratiquée depuis une jusqu'à 18 fois.

La mortalité de ces 500 cas est en moyenne de 25,4 pour cent. Pour 265 malades (ponctionnés de 1 à 18 fois) on compte 193 guérisons et 72 morts, soit une mortalité de 27,16 pour 100. Pour les 235 autres cas (malades non ponctionnés) la mortalité est de 23,4 pour 100, juste 2 pour 100 moindre que le chiffre de mortalité générale. « En d'autres termes (1) le simple fait qu'une malade a ou n'a pas été ponctionnée ne modifie le résultat que

(1) S. Wells. Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus.

dans une proportion de 2 pour 100. A la vérité, la mortalité des malades non ponctionnées, bien qu'étant de 10 pour 100 inférieure à celle des malades ponctionnées deux fois (m. p. 100 34,69) est plus élevée que celle des malades qui ont été ponctionnées trois fois (m. p. 100, 21,87) ».

« On peut donc considérer comme certain que la moyenne de la mortalité de l'ovariotomie n'est guère influencée par la ponction ».

En somme, la ponction des kystes de l'ovaire n'empêche pas d'avoir ultérieurement recours à l'ovariotomie et le gros accident de la ponction, l'infection du kyste et sa suppuration, peut, grâce à de minutieuses précautions d'antisepsie et d'asepsie, être le plus souvent évité.

D'autre part, en présence d'une dystocie kystique, la ponction, à la portée de tous, d'exécution facile, permettra de supprimer, avec peu de risques, la cause de la dystocie, alors que des conditions relatives soit à l'état de la parturiente, soit à l'éloignement d'un centre hospitalier ne l'auraient point permis.

Il reste donc, en définitive, que la ponction des kystes prævia est une mesure en tous points recommandable. Ahfeld, Ayers, Davis, Garrigues, A. Kelly, Mac Naughton, Jones. Olshausen, Lepage, Voron, Bender, Puech et Vanverts en sont partisans.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS (1)

Nous avons vu que l'on ne pouvait point tenir compte des statistiques de Jetter et de Litzmann pour apprécier la valeur de la ponction des kystes occasionnant une dystocie. Toutes ces statistiques, en effet, remontent à une date ancienne, alors que l'antisepsie n'était pas du tout ou n'était que très rudimentairement appliquée ; d'un autre côté, elles renferment des cas où l'on eut recours, après la ponction, à d'autres interventions. En conséquence, il est impossible de fixer exactement la part qui revient à la ponction dans la production des accidents kystiques et il est, en second lieu, indubitable que les interventions ultérieures en ont une plus ou moins large dans les mauvais résultats obtenus.

Que vaut véritablement la ponction ?

Voici 45 observations postérieures à la thèse de Rémy (1886). Nous les rangeons dans deux tableaux. L'un contient tous les cas où la ponction fut insuffisante et où il fallut pour que l'accouchement fût possible recourir à une autre intervention ; l'autre tous ceux où la ponction fut efficace.

Ajoutons que, à l'exception des cas d'Hirigoyen et de

---

(1) Toutes les observations que nous rapportons ont été abrégées.

King, qui s'adressèrent à la voie rectale, il s'agit, pour tous les autres, de ponction vaginale.

I. — Ponction inefficace

OPÉRATEURS	INTERVENTION à la suite de l'inefficacité de la ponction MODE D'ACCOUCHEMENT	RÉSULTATS Mères	RÉSULTATS Enfants	COMPLICATIONS et interventions ultérieures à l'accouchement
Abegg . .	Craniotomie.	Guérison	Mort	
Clémenz .	Césarienne et ovariotomie.	»	Vivant	
Criwitz. .	Incision du kyste A. spontané . . . . . , .	»	Mort	Supp. du kyste Laparotomie.
Flaischlen	Incision du kyste, forceps	Mort	Vivant	
Haagen. .	Craniotomie	Guérison	Mort	
Horrocks.	Incision du kyste A. spontané	Sort inconnu	Sort inconnu	
Loison . .	Refoulement. A spontané	Guérison	Mort	
Pinard . .	Incision. A. spontané. .	»	Vivant	Infection du kyste.
Rapin. . .	Ovariotomie vaginale, forceps	»	»	
Rossier. .	Césarienne et ovariotomie	»	»	
Sauvage..	Ovariotomie abdominale. A. spontané . .	»	Mort	
Staude . .	Ovariotomie vaginale, forceps.	»	Vivant	
TOTAL : 12 cas		Guérisons : 10 Mort : 1 Sort inconnu : 1	Vivants : 6 Morts : 5 Sort inconnu : 1	

OPÉRATEURS	MODE D'ACCOUCHEMENT	MÈRE
ıton.	A. spontané. . .	Guéris
cking	»	»
nder	Forceps.	»
ndy.	A. spontané. . .	»
oke	Version.	»
nat.	»	Mort
bre et Trillat . . .	»	Guéris
chier.	Forceps.	»
chier	»	»
chier.	»	»
iérin-Valmale . . .	A. spontané. . .	»
rff	Forceps.	»
rigoyen	»	»
rst	Version.	»
ffmeier.	»	»
ng	A. spontané. . .	»
tschau.	Forceps.	»
page.	A. spontané. . .	»
aclean.	Forceps.	»
angiagalli (5). . . .	A. spontané . . .	Mor
ash	Forceps	Guéris
terson.	A. spontané. . .	»
rak et Couvelaire.	Version.	»
ech.	»	»
der.	Forceps. . . , . .	»
hatz.	»	»
nith	A. spontané. . .	»
th.	»	»
illat.	Version.	»
nay.	A. spontané.. . .	»
ron	Forceps.	»
ertheim	»	Mort
iesinger.	»	Guéris
TAL : 33 cas.		Guérisons
		Morts : 3

(1) La parturiente avait de l'éclampsie.
(2) Il s'agissait d'un bassin rétréci.
(3) L'enfant était mort avant que la ponction fut pratiq
(4) Il y avait un placenta prævia.

La comparaison de ces deux tableaux nous permet de faire les remarques suivantes :

1° Sur 45 cas de dystocie par tumeur prævia de l'ovaire on en compte 12 dans lesquels la ponction fut inefficace et 33 où elle permit la terminaison de l'accouchement. Un premier point reste donc acquis quant à la valeur relative de la ponction des kystes dystociques de l'ovaire, c'est à savoir qu'un peu plus de 70 fois sur 100, l'on a chance, en usant de ce moyen, de désobstruer la filière pelvienne pour que le fœtus puisse la franchir.

2° Les adversaires de la ponction vaginale craignent qu'il y ait danger à faire passer par le ventre une tumeur préalablement ponctionnée par le vagin. Or, qu'on se reporte à notre première série de cas où la ponction fut pratiquée sans résultat, on trouvera les observations de Clémenz, de Rossier, de Sauvage où l'on dut recourir à l'ovariotomie abdominale. En aucun de ces cas, l'opération ne présenta de complications ; les suites opératoires furent bonnes. Il ne semble donc pas qu'une ponction blanche, exécutée avec des précautions rigoureuses d'antisepsie, augmente beaucoup les dangers d'une laparotomie ultérieure, lorsque celle-ci suit rapidement la ponction.

3° Examinée au point de vue de la mortalité fœtale et maternelle notre seconde série de cas nous donne :

a) *Pour l'enfant :*	nés vivants . . .	19 cas
	morts.	12 »
	Soit.	38,5 o/o

Cependant de ces 12 cas de mort il faut en supprimer 9 qui ne peuvent pas être mis sur le compte de la ponction.

Trois fois, en effet, l'enfant avait succombé avant qu'elle fût pratiquée (Fochier, King, Peterson) ; pour 6 autres

enfants, existait une complication à laquelle la mort peut être rapportée : procidence du cordon (Nash) ; éclampsie maternelle (Donat) ; placenta prævia (Hoffmeier, Voron) : rétrécissement du bassin et version (Fabre et Trillat) ; présentation de l'épaule (Porak et Convelaire).

La moyenne de la mortalité fœtale se ramène donc plus exactement à 10 o/o environ.

Quoi qu'il en soit, si elle reste élevée, elle ne l'est pas plus cependant que celle obtenue avec l'ovariotomie abdominale préconisée par tous les adversaires de la ponction vaginale. MM. Puech et Vanverts l'estiment en effet à 23,5 o/o.

b) En ce qui concerne *les mères*, nous comptons :

Guérisons	30 cas
Morts	3
Soit	10 o/o

De ces trois morts, l'une est due à la péritonite, déterminée par l'épanchement dans la cavité abdominale du contenu kystique (cas de Wertheim) ; l'autre survint après l'ablation d'un kyste suppuré (cas de Mangiagalli) ; la troisième (Donat) est due à une scepticémie puerpérale survenue après une version chez une éclamptique. Eh bien ! ne semble-t-il pas que cette dernière ne doit pas être mise au passif de la ponction ?

Si l'on acceptait cette façon de voir, la moyenne de la mortalité maternelle ne serait plus alors que de 7 °/₀ environ,

Cependant, même ramenée à 7 °/₀, cette moyenne reste très élevée si on la compare, cette fois encore, à celle obtenue avec l'ovariotomie par voie haute. MM. Puech et Vanverts arrivent, en effet, à compter pour 22 cas d'ovariotomie abdominale, 1 sort inconnu, 21 guérisons,

aucune mort ! Il est juste de dire que les auteurs élèvent à l'endroit de leur statistique de sages réserves. « Outre qu'elle est basée sur un nombre encore peu considérable de cas, notre statistique, écrivent-ils, a le grand défaut de toutes les statistiques édifiées à l'aide de faits isolés provenant d'opérateurs différents et qui, partant, n'ont qu'une valeur relative ».

Ces réserves ont leur prix ! D'ailleurs, n'est-il pas vrai que ce sont les cas heureux qui sont le plus volontiers publiés ? Or, admettons que celui pour lequel MM. Puech et Vanverts n'ont pu savoir s'il s'agissait d'une guérison ou d'une mort de la mère, admettons que ce cas soit malheureux. Alors le tableau s'assombrit ; et la mortalité maternelle n'est plus de 0 °/₀ mais de 4.5 °/₀.

Nous pensons que cela répond à une vue plus juste des choses. Et il nous semble indubitable que ce chiffre serait de beaucoup plus élevé si l'on se décidait partout, toujours, en toutes circonstances, à pratiquer l'ovariotomie dans la dystocie par kyste. Le succès de cette opération réclame certaines conditions d'asepsie, de milieu, d'assistance qui ne sont pas le plus souvent réalisées. D'un autre côté, la plupart du temps, d'après nos observations, le praticien est appelé auprès d'une parturiente en travail depuis longtemps, ayant été déjà soumise, de la part de la sage-femme, à des explorations répétées. Ce n'est donc pas dans de pareils cas, sous prétexte que la moyenne de la mortalité maternelle est moindre avec l'ovariotomie abdominale qu'avec la ponction, qu'on recourra à celle-là devenue, avec un tel concours de circonstances, beaucoup plus aléatoire que celle-ci.

4° La ponction ayant été accusée de provoquer l'épanchement du contenu du kyste dans la cavité péritonéale, d'en produire l'infection et son inflammation consécutive,

d'en favoriser l'adhérence avec les organes voisins, et par suite d'augmenter les risques de l'ablation ultérieure de la tumeur, doit être examinée, d'après nos observations, à tous ces points de vue.

Dans deux cas, celui d'Herff et celui de Wertheim, on trouva à l'ouverture du ventre, du liquide coloré par du sang et de la bouillie dermoïde. Le premier fut suivi de guérison, le second de la mort de la mère, ce qui met à 3 °/₀ la mortalité maternelle occasionnée par l'épanchement du kyste dans la cavité abdominale à la suite de la ponction.

Au surplus, on remarquera qu'Herff et Wertheim eurent recours au forceps pour l'expulsion du fœtus. Dès lors, n'est-il pas permis de se demander si cette intervention est tout-à-fait étrangère dans la production de cet accident?

On peut objecter, il est vrai, que les 12 autres applications de forceps pratiquées après la ponction ne furent point suivies de cette complication. Il semble donc en définitive que la rupture de la tumeur tient bien plutôt à la constitution de sa paroi, qu'au point faible qu'y aurait laissé le trocart et à son froissement par le forceps. Et s'il en est vraiment ainsi, est-ce que, lorsqu'il s'agira de poches kystiques fines et peu résistantes, l'on éviterait toujours, au cours de leur ablation par voie haute, sans ponction préalable, de les crever, ce qui augmenterait singuliérement les dangers de cette opération?

Quoi qu'il en soit, l'épanchement du kyste dans la cavité péritonéale constitue, nous l'avons dit, une éventualité plutôt rare.

Nos 33 observations de ponction efficace nous donnent 5 suppurations consécutives du kyste, dont une (cas de Mangiagalli) fut suivie de mort, ce qui, comme précédemment, donne une moyenne de 3 o/o de mortalité mater-

nelle. Mais il y a lieu de faire à ce propos une objection analogue à celle que nous élevions tout à-l'heure. Ces cas de suppuration du kyste sont-ils tous dûs à la ponction? L'influence du travail n'y serait-elle pour rien, et n'est-il pas vrai qu'elle peut en transformer le contenu en un contenu purulent? En dehors de l'observation de King qui ne précise rien, celles de Cooke et de Hirst rapportent que la ponction donna issue à un liquide « foncé et grumeleux. » Or, justement, dans les observations de Cookc et de Hirst, il ne s'agit point de kystes dermoïdes, mais de tumeurs dont le contenu liquide est en général limpide, clair, jaune citron. Si donc, la ponction en donne un d'un tout autre aspect, « foncé et grumeleux », c'est qu'apparemment l'inflammation sous l'influence du travail s'y était mise déjà. Tout cela fait qu'en somme il ne rèste plus au passif de la ponction, exécutée conformément aux mesures d'antisepsie, que très peu de cas de suppuration du kyste.

Il nous reste à examiner la question des adhérences. Nos observations comportent 12 cas d'ovariotomie ultérieure à la ponction du kyste. Dans quatre d'entre eux seulement (Becking, Cooke, Hirst, Mangiagalli), ces opérateurs se trouvèrent en présence d'adhérences. Existaient-elles avant que la ponction fut pratiquée? On ne le dit pas. Ce que l'on peut remarquer c'est que, à l'exception du cas de Becking, la présence ou l'absence d'adhérences correspond à l'existence ou à l'absence de phénomènes d'infection de la tumeur. Ceci vient à l'appui de la règle générale que voici : la suppuration d'un kyste ovarien entraîne la formation d'adhérences avec les organes voisins.

Celles-ci étant fonction de celle-là, il en résulte donc que la ponction des kystes ne déterminera la formation

des premières que dans la mesure où elle peut amener la production de la seconde.

Or nous venons précisément de voir qu'en s'entourant de toutes les garanties la suppuration peut être évitée.

Observation Première

Abegg. (Gesellsch. f. Geburtsh u Gynäck 1894)

I pare, en travail; poche des eaux rompue; procidence du cordon.

Un kyste dermoïde de l'ovaire droit remplit le petit bassin et empêche la descente de la tête.

Vaines tentatives de refoulement.

Ponction du kyste ; diminution du volume de la tumeur. Le travail ne faisant aucun progrès, perforation du crâne ; extraction du fœtus à l'aide du petit forceps de Prague.

Suites de couches d'abord fébriles ; puis guérison.

Observation II

Ashton (Sitzungsh. d. Gesells. f. Gyn. in Munchen (1887-1888) 1889 II, 2; Münch, med. Wochenschrift 1888, 347 obst. III).

V II. pare, 25 ans, en travail.

Une tumeur fluctuante refoule la tête et empêche son engagement.

Ponction abdominale : issue d'un litre de pus.

Accouchement spontané : enfant vivant, suites de couches normales.

Observation III

A. G. T. Becking

(Nederl. Tijdschr. V. Geneesk., Amst., 1896, 2. R. XXXII, d. I, 910).

I pare — Dystocie par kyste dermoïde de l'ovaire.

Essais infructueux de refoulement. — Ponction vaginale et écoulement d'un liquide rouge foncé. — Accouchement spontané.

Durant la puerpéralité de la fièvre apparaît.

Au cours de la 4e semaine, ablation du kyste qui était complètement adhérent.

Mère et enfant bien portants.

Observation IV

Bender (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris... 1912, I, 200)

I pare, 24 ans, en travail.

Une tumeur tendue, rénitente, remplissant l'excavation, empêche l'accouchement.

Vaines tentatives de rétropulsion.

Ponction vaginale : issue de 3/4 de litre d'un liquide opalin.

Application de forceps, extraction d'un enfant vivant.

Suites de couches normales.

Deux mois après l'accouchement, laparotomie, ablation de la tumeur.

Guérison sans fièvre.

Il s'agissait d'un kyste séreux de l'ovaire droit.

Observation V

Bondy. (Gynäk. Zu Breslau 14 mai 1912; Cent. f. Gynäk 1912, 1344)

II pare, en travail.

Un kyste de l'ovaire empêche la tête de pénétrer dans le bassin.

Ponction vaginale qui permet de refouler la tumeur au-dessus du détroit supérieur. Accouchement spontané.

Suites de couches apyrétiques.

Le 14e jour, laparo-ovariotomie et ablation d'un kyste dermoïde.

Guérison sans fièvre.

Observation VI

Clémenz (Arch. f. Gynäk. 1909. L XXX IX 252 obs. II)

I pare ; travail à terme.

Le Douglas et le vagin sont repoussés par une tumeur consistante, immobile, remplissant la cavité du sacrum.

Vaines tentatives de refoulement — Ponction vaginale : issue de quelques gouttes d'un liquide épais se coagulant par le froid.

Césarienne à la Fritsch ; puis ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Pas de difficultés.

Suite de couches normales.

Observation VII

Cooke (Med. News. Phila., 12 juillet 1892)

Femme, ayant depuis plusieurs années une tumeur abdominale, devient enceinte.

A 8 mois 1/2, ponction vaginale : issue de liquide foncé et grumeleux,

Version et extraction de l'enfant mort.

Phénomènes d'infection nécessitant la laparotomie d'urgence. On trouve un gros kyste, à paroi noirâtre, adhérent à l'utérus et plein d'un pus fétide ; l'ablation étant impossible, on suture la poche à la paroi abdominale.

Guérison.

Observation VIII

C. Criwitz. (Inaug. Dissert. Berlin 1902)

II pare, 29 ans, en travail.

Une tumeur, de consistance élastique, enclavée derrière la paroi postérieure du vagin, empêche l'accouchement.

Ponction : issue de sang et de pus.

L'accouchement n'avançant pas, on pratique l'incision du kyste.

Accouchement spontané. Enfant mort.

Observation IX

Donat (Gesellsch. f. Geburtsh, zu Leipzig., 15 avril 1889 ; Cent. f. Gyn, 1890, 131

Femme 31 ans, en travail à terme, ayant des attaques d'éclampsie.

Petit bassin rempli par une tumeur molle et élastique empêchant

la pénétration de la tête, et ne pouvant être refoulée. En outre, r trécissement antéro postérieur du bassin.

Poche des eaux rompue ; enfant donnant de faibles signes de vitalité.

Ponction du kyste. Version interne. Extraction d'un fœtus mort. Peu après, la femme mourait de septicémie puerpérale.

Il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

Observation X

Fabre et Trillat (Bull. de la Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris 1912. I. 508 obs. IV)

IV pare, 28 ans.

En arrière du col et remplissant l'excavation, on sent une masse de consistance liquide.

Le sacrum est fortement convexe et coudé à angle droit au niveau de la 4e pièce.

En raison de la fluctuation, de la consistance et du siège de la tumeur, on porte le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Ponction : issue de 120 cmc d'un liquide jaune, louche. Version podalique, dégagement de la tête par les manœuvres combinées de Mauriceau et de Champetier.

L'enfant succomba au bout d'une heure.

Observation XI

V. Flaischlen (Zeitchr. f. Geburtch u. Gynäk 1894, XXIX, 57)

Femme en travail. — Accouchement impossible par la présence dans le Douglas d'un kyste de l'ovaire.

Tentatives infructueuses de déplacement. — Ponction blanche Incision. — Une application de forceps permet d'extraire un enfant vivant.

La suppuration du kyste, des phénomènes de péritonite nécessitent la laparotomie et l'ablation du kyste. Au cours des manœuvres le pus se répand dans le péritoine. Mort.

Observation XII

A. Fochier (Lyon med. 1886. L II, 306, obs. II)

La présence d'une tumeur adhérant au cul-de-sac de Douglas ayant été constatée, on décide de provoquer l'accouchement prématuré artificiel au 8e mois.

Il fut provoqué par le procédé de Kräuse. Trois jours après l'introduction de la première bougie la dilatation restait incomplète ; les eaux se firent, et les bruits du cœur de l'enfant commencèrent à s'accélérer.

Alors ponction vaginale avec un trocart chauffé : issue d'un liquide huileux qui se coagula rapidement.

Application de forceps ; extraction d'un enfant vivant.

A la suite, suppuration du kyste, incision vaginale. Guérison.

Observation XIII

A. Fochier (Lyon med. 1886 L. II. 303. obs. I)

Femme en travail.

Le col, ouvert transversalement, laisse arriver sur la tête fixée, non par suite de son engagement mais par le fait de la contracture utérine (les eaux avaient été faites la veille).

En arrière du pubis, tumeur rénitente, de la consistance d'un enchondrome, semblant faire corps avec le promontoire ; elle est médiane, régulière, un peu proéminente à gauche.

Le diagnostic de tumeur liquide est porté. Il s'agissait d'un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche ainsi que le montra l'autopsie pratiquée six ans plus tard.

L'enfant est mort.

Ponction vaginale : issue de plus de 100 grammes de liquide.

Quatre heures après, application de forceps.

Observation XIV

Fochier in L. Julhiet (thèse de Lyon 1895 n° 1068, p. 49)

I geste, 35 ans.

Au moment de l'accouchement on constate l'existence d'une tumeur dans l'excavation.

Tentative infructueuse de refoulement. — Ponction vaginale avec un trocart chauffé : issue de matière sébacée. — Application de forceps.

Un mois après l'accouchement, ablation d'un kyste dermoïde et de la trompe droite qui s'y trouve accolée.

Observation XV

Guérin-Valmale (Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1902, v, 273)

I pare de 16 ans, en travail à terme.

Présence dans l'excavation d'une tumeur qui empêche l'engagement.

On tente une première fois sans résultat, la ponction de la tumeur avec l'appareil de Potain. — Une seconde ponction opérée avec un trocart plus large et chauffé, donne issue à 300^{cm3} d'un liquide sirupeux.

Accouchement spontané. — Enfant vivant.

Suites de couches normales.

Deux ans plus tard nouvel accouchement, facile aussi : La tumeur, plus volumineuse et moins enclavée que la première fois, remonta au-dessus du détroit supérieur.

Enfant vivant. — Suites de couches normales.

Observation XVI

Haagen (Deutsch. med. Wochenschrift, 1903, n° 29)

I geste, 30 ans, en travail.

La descente de la tête est empêchée par un kyste de l'ovaire prævia.

Incision du kyste. Extraction du fœtus à l'aide du forceps. Suites de couches fébriles.

Trois ans plus tard, pour une rétroflexion utérine, avec prolapsus et hypertrophie de la portion vaginale du col, on pratique une amputation du col, une colporrhaphie antérieure et postérieure et l'opération d'Alexander.

Un an après, nouvelle grossesse. Au 7e mois on constate au-devant de la tête fœtale, une tumeur enclavée dans le bassin, ainsi qu'une forte sténose de l'orifice utérin.

Evacuation du kyste au trocart ; incision de l'orifice du col qui ne donnèrent aucun résultat.

Finalement perforation du crâne.

—

Observation XVII

Herff *in* A. L. Hohl (Arch. f. Gynäk, 1896, LII, 416, obs. III)

IV pare, 33 ans.

Torsion du pédicule d'un kyste dermoïde un mois avant le terme de la grossesse.

Travail à terme. Accouchement impossible par la présence d'une tumeur prævia.

Application de forceps qui tend le kyste. Ponction : issue d'une bouillie épaisse. Extraction d'un enfant vivant.

Deux heures après l'accouchement, laparotomie, ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit ; le pédicule présentait une torsion d'un tour et demi. On trouva à l'ouverture du ventre du liquide coloré par du sang mêlé à de la bouillie dermoïde.

Guérison.

Observation XVIII

Hirigoyen (Soc. d'Obs. de Gyn. et de Ped. de Bordeaux, 28 mai 1907 : *Journ. de med. de Bordeaux*, 1907, XXXVII, 426)

II pare, 35 ans ; travail à terme.

Une tumeur mollasse, mais tendue et résistante, qui remplit le Douglas, fait bomber le cul-de-sac postérieur du vagin et empêche l'engagement de la tête fœtale

Application de forceps qui ne fait pas descendre la tête, mais tend un peu plus le kyste : celui-ci vient bomber du milieu de l'orifice anal qui s'est ouvert largement.

Ponction rectale : issue de 250 grammes d'un liquide caractéristique des kystes dermoïdes.

Extraction d'un enfant vivant.

Suites de couches apyrétiques.

En aucun moment il ne s'est produit d'écoulement de liquide par l'anus.

Observation XIX

Hoffmeier *in* Purckhauer (Inaug. Diss. Würzburg, 1900, 17, obs. V)

II pare, 30 ans, en travail à terme.

Placenta prævia.

Une tumeur kystique molle, remplissant le Douglas, refoule à gauche et en avant le col.

Diagnostic : kyste du parovaire, intraligamentaire.

Ponction : issue d'un demi litre de liquide clair, opalescent.

Version mixte.

L'accouchement est abandonné à lui-même.

Enfant mort.

Suites de couches marquées par une série d'oscillations thermiques.

Guérison.

Observation XX

P. Horrocks (Trans. of the obs. Soc. of London (1898), 1899, XL, 261 et 2 juillet 1901 ; Amer. Journ. of obst., 1902, XLVI, 548)

Accouchement empêché par tumeur prævia, non fluctuante et si dure qu'on la prit d'abord pour un fibrome.

Ponction vaginale : issue de pus. On fit alors une incision et on ouvrit successivement trois poches purulentes. L'accouchement put ainsi se faire.

Ultérieurement une autre poche de ce kyste suppuré de l'ovaire

s'ouvrit près de l'ombilic et dans le rectum. La malade fut perdue de vue.

Observation XXI

B. C. Hirst. (Med. Nerws, Phila 1890. LVII, 37)

Femme ayant depuis plusieurs années une tumeur abdominale.

A 8 mois et demi de sa grossesse, ponction vaginale : issue d'un liquide foncé et grumeleux. Version.

Mais des phénomènes surgissent et nécessitent une laparotomie d'urgence. On trouve un gros kyste à paroi noirâtre, adhérent à l'utérus et plein d'un pus fétide. L'ablation étant impossible, la poche fut suturée à la paroi. Guérison.

Observation XXII

A. F. A. King. (18e Annual Meeting of the amer. gyn. soc., 1893; Amer. Journ. of obst, 1893, XXVIII, 88-93).

VIII pare, 38 ans, en travail.

Le vagin est rempli par une tumeur qu'on prend d'abord pour la tête fœtale. Mais celle-ci est au niveau du détroit supérieur et se présente défléchie. — L'enfant est mort, ponction rectale : issue de liquide ; la face descend alors ; accouchement spontané.

Suppuration ultérieure du kyste qui se rompt dans le rectum. Incision dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Guérison.

Observation XXIII

Kötschau (Gesselssch. f Geb. u. Gyn. zu Köhn, 13 octobre 1892).

Femme à terme, en travail.

Accouchement impossible par suite de la présence d'un kyste ovarien situé au-devant de l'utérus.

Ponction du kyste, issue de 23 litres de liquide.

Application de forceps. Enfant vivant.

Deux mois après l'accouchement, laparotomie, ovariotomie. Guérison.

Observation XXIV

G. Lepage (Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 1912, I, 66).

I pare, 32 ans.

A l'examen, pendant le travail, on constate une tumeur de consistance nettement liquide, appliquée contre la paroi latérale droite de l'excavation et qui bombe en même temps dans le cul-de-sac postérieur du vagin et du côté du rectum.

Ponction vaginale : issue de 350 grammes de liquide incolore caractéristique des kystes parovariques. Accouchement spontané. — Enfant vivant.

Suites de couches normales

Observation XXV

Loison in Duchesnau (Archiv. de Tocol. et de Gyn., 1891, 688).

Femme 21 ans.

Pendant le travail on découvre une grosse tumeur, résistante, molle, située en arrière et à droite de la tête, qui est engagée en partie.

Ponction blanche ; la canule est obstruée par une matière gris-jaunâtre, onctueuse ; en conséquence on porte le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire.

Refoulement.

Accouchement très long, enfant mort.

Suites de couches à peu près normales.

Observation XXVI

E. J. Maclean (Bristol méd. chir. Journal, 1905, XXIII, 47, obs. II).

I pare, 19 ans, en travail.

Dans le Douglas et la portion gauche du pelvis, tumeur kystique présentant un ou deux points durs.

Vaines tentatives de rétropulsion. — Ponction vaginale : issue d'un

litre de liquide. — La tumeur peut être alors refoulée au-dessus du détroit supérieur.

Application de forceps ; extraction d'un enfant vivant.

Suites de couches normales.

Trois mois après, ablation d'un kyste dermoïde peu adhérent.

Observation XXVII

L. Mangiagalli, (Berl. Klin. Wosch. 1894, XXXI, 491, obs. X).

Femme examinée dans les premiers mois de la grossesse. Elle présente un kyste de l'ovaire ponctionné déjà trois fois.

On la revoit au dix-septième jour après son accouchement. A son domicile un médecin avait ponctionné le kyste pour la quatrième fois, ce qui permit l'accouchement. Son pouls est filiforme, sa température très élevée.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire suppuré.

Ovariotomie. — Nombreuses adhérences intestinales, contenu kystique *purulent* ; trois jours après l'intervention elle meurt.

Observation XXVIII

W. G. Nash, (Lancet, 1899, I. 89).

VI pare, 31 ans, entre en travail 10 à 14 jours après le moment présumé du terme de la grossesse. Rupture prématurée des membranes. Procidence du cordon qui ne présente pas de battements.

Dans le Douglas, un kyste de l'ovaire s'oppose à l'expulsion du fœtus.

Essais infructueux de refoulement. — Ponction aspiratrice ; issue de liquide clair.

Extraction par le forceps d'un enfant mort.

Suites de couches normales.

Observation XXIX

H. D. Peterson, (Chicago, med. soc , 8 novembre 1899, Journ. off. the amer. med. assoc , 1899, XXXIII, 1425).

I pare, 30 ans, en travail.

Dans le Douglas un kyste de l'ovaire, empêche l'accouchement.

Ponction vaginale : issue de liquide séreux.

Expulsion d'un fœtus macéré.

Suites simples.

Observation XXX

A. Pinard (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1912, I. 337).

I pare, 21, ans, en travail.

Présentation du siège.

Existence dans l'excavation d'une tumeur repoussant le col en avant et en haut.

Ponction : issue de matière sébacée. L'évacuation du kyste étant incomplète, on en fait l'incision au niveau du cul-de-sac, postérieur du vagin.

Accouchement spontané. Enfant vivant. Suites immédiates bonnes. Ultérieurement, infection du kyste et phlegmon consécutif de la cavité de Retzius.

Observation XXXI

Porak in A Couvelaire (C. R. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. 1902 IV, 182 ; 1909, XI, 334.)

II geste, en travail. Rupture prématurée des membranes.

Présentation de l'épaule.

Dans l'excavation une tumeur fluctuante, peu tendue, non mobilisable, située en avant du rectum, fait bomber en avant la paroi vaginale.

Ponction vaginale : issue de 500 grammes de liquide limpide.

Version simple par manœuvres internes. Extraction d'un enfant mort.

Suites des couches apyrétiques.

La tumeur dont on n'avait plus retrouvé trace au cours d'une troisième grossesse reparut sept ans plus tard. Ablation par la voie abdominale. Le kyste est libre de toute adhérence,

Observation XXXII

P. Puech in H. Dravet (Th. de Montpellier 1900-1901, n° 43, obs. I.)

I pare, 26 ans, en travail.

Présentation du siège.

Accouchement impossible par suite de la présence d'une tumeur remplissant aux trois quarts l'excavation et repoussant fortement en avant, vers le pubis, la paroi postérieure du vagin.

Elle n'offre pas de fluctuation, ce qui la fait prendre d'abord pour une tumeur fibreuse.

Avec ce diagnostic, dans l'espoir que le cône pelvien du fœtus pénétrant dans l'excavation faciliterait le mouvement ascensionnel de la tumeur, la saisie du pied et l'abaissement du membre correspondant sont opérés.

Mais la situation restant la même, tentatives de refoulement qui restent sans résultat.

Ponction vaginale. Extraction d'un enfant mort.

Suites de couches normales.

Deux mois après ovariotomie abdominale.

Il s'agissait d'un kyste dermoïde.

Observation XXXIII

O. Rapin (Soc. Vaudoise de Méd., 4 avril 1906 ; revue médicale de la Suisse romane 1896, XVI, 349.)

II pare, en travail.

Une tumeur située au niveau du promontoire, en avant du rectum, empêche la descente de la tête. Elle présente une fluctuation manifeste dans sa partie supérieure.

Ponction : issue de très peu de liquide séro-sanguinolent.

Incision vaginale et ablation de la tumeur qui est libre de toute adhérence.

Application de forceps ; extraction d'un enfant vivant.

Il s'agissait d'un adénome kystique de l'organe de Rosenmüller.

Observation XXXIV

Rossier. (Soc. Vaudoise de méd. 9 mars 1911 ; Rev. med. de la Suisse normande 1911, XXXI-411).

I pare, 34 ans, en travail à terme.

Tumeur dans le Douglas atteignant le niveau des épines sciatiques.

D'abord ponction vaginale qui permet de poser le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire

Puis opération césarienne conservatrice, suivie de l'extirpation du kyste dermoïde de l'ovaire gauche, très adhérent au petit bassin.

Enfant vivant.

Guérison.

Observation XXXV

Rüder. (Geburtsh. Gesellsch. zu Hambourg, 6 fév. 1912).

Femme en travail.

La descente de la tête fœtale est empêchée par une tumeur de consistance ferme et élastique occupant le petit bassin.

Ponction vaginale du kyste.

Extraction par le forceps d'un enfant vivant.

Suites de couches normales.

Observation XXXVI

Sauvage. (Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris, 1912, I. 204)

I pare, en travail.

Une tumeur très fluctuante occupe toute l'excavation et empêche l'engagement de la tête de l'enfant.

Rupture prématurée des membranes.

Ponction vaginale : issue de quelques gouttes d'un liquide filant qui se prend en masse. La tumeur très fluctuante prise pour un kyste de l'ovaire, était un embryome.

Ablation de la tumeur par voie haute sans section césarienne.

Accouchement spontané. Enfant mort.

Observation XXXVII

Schatz (Correspondanzblatt. d. allg. Mecklenburg. Arztvereins, 1901, n° 215 obs. II).

Femme en travail, dont l'accouchement ne peut se terminer en raison de la présence d'un kyste dermoïde.

Ponction — Extraction du fœtus à l'aide du forceps.

Guérison.

Observation XXXVIII

H. Smith. (Trans. of the obst. Soc. of London (1898), 1899, XLII ; et 2 juillet 1902 ; Amer. journ. of obst. k. 1902, XLVI 549).

Femme de 24 ans.

A la première grossesse, une petite tumeur de l'ovaire empêchant l'accouchement, on en fait la ponction vaginale.

Expulsion d'un enfant vivant.

Au 2me mois d'une nouvelle grossesse, ovariotomie.

Accouchement à terme d'un enfant vivant.

Cette femme eut ultérieurement d'autres enfants.

Observation XXXIX

C Staude. (Monastch. f. Geb. u. Gynäk 1895 II. 257)

Multipare, 32 ans.

Accouchement impossible par suite de la présence d'un kyste de l'ovaire.

Essais infructueux de refoulement.

Ponction, puis incision insuffisantes

Ovariotomie vaginale. Pas d'adhérence.
Extraction du fœtus à l'aide du forceps.
Suites apyrétiques.
Guérison de la mère. Enfant vivant.

Observation LX

J, Toth. (Orvosi Hetilap. 11 mai 1902, d'après la *Semaine méd.* 1902, 348).

Ipare, 27 ans, grossesse normale ; travail à terme.

On trouve au devant du sacrum une tumeur immobile qui empêche la présentation de se fixer.

Essais infructueux de rétropulsion. Ponction vaginale : issue d'un demi-litre d'un liquide sirupeux rappelant le contenu d'un kyste dermoïde.

Accouchement spontané.

Observation LXI

Trillat. (Bull. de la Soc. d'obst. de Paris, 1910, XIII, 76).

En 1908, j'ai été appelé à la clinique auprès d'une multipare porteur d'un kyste pelvien non refoulable

Par la ponction j'ai évacué un liquide coloré. Le kyste s'est effacé et la version m'a permis d'extraire un enfant vivant.

Les suites de couches furent simples.

Observation XLII

Ch. Vinay in Vignard
(Soc. Nationale de méd. de Lyon, 17 janvier 1898; Lyon méd. 1898, LXXXVII, 161)

II pare ; grossesse et accouchement antérieurs normaux.

En arrière du col, haut situé derrière la symphyse, existe une tumeur, molle, fluctuante, saillante vers le rectum.

Le travail ne faisant aucun progrès, ponction vaginale du kyste : il s'en écoule 300 grammes d'un liquide blanchâtre et sirupeux.

Accouchement spontané.

Observation XLIII

Voron (Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1911, 287)

III pare, 29 ans ; premiers accouchements normaux.

Placenta prævia. — La concavité du sacrum est occupée par une masse molle.

En raison d'une assez forte hémorragie et de la dilatation incomplète, d'autre part les bruits du cœur étant bien frappés, on renonce à la manœuvre de Braxton-Hicks et on applique un ballon de Champetier.

La dilatation obtenue, on applique le forceps qui fait descendre le kyste au devant de lui.

Essais infructueux de refoulement.

Ponction : issue de 200 grammes de liquide huileux qui se prend en masse aussitôt.

Le forceps permet d'extraire un enfant qui meurt bientôt.

Suites de couches bonnes.

Observation XLIV

Wertheim (Monatschrift fur Geb. und Gynec. XIV)

Tumeur du petit bassin empêchant la descente de la tête fœtale.

Vaines tentatives de refoulement dans la position genu-pectorale.

Ponction vaginale.

Forceps. Extraction d'un enfant vivant.

Mort de la femme 48 heures après par péritonite.

A l'autopsie on trouve un kyste dermoïde dont le contenu recouvrait toute la cavité abdominale.

Observation XLV

F. Wiesinger (Budapesti Orvosi Usjag 1911, N° 27; Pest. méd. chir. Presse 1912. XLVIII N° 17; Cunt. f. Gynäk. 1912, 908)

Femme en travail.

Un kyste de l'ovaire fait obstacle à l'expulsion du fœtus.

Ponction du kyste. — Forceps, extraction d'un enfant qui, par suite du travail qui fut long, a succombé pendant les préparatifs de l'intervention.

Guérison.

A la fin des suites de couches, ovariotomie

CONCLUSIONS

Avec la plupart des accoucheurs de l'époque actuelle, nous pensons que, dans la dystocie occasionnée par les tumeurs kystiques de l'ovaire, l'ablation du kyste par la voie haute, à laquelle, suivant les cas, on associera l'opération césarienne, constitue l'opération de choix.

Quand donc le refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur, tenté avec douceur et prudence, aura échoué, c'est à l'ovariotomie que l'on aura recours, toutes les fois qu'elle pourra être exécutée dans des conditions parfaites de sécurité,

Nous ne croyons pas, cependant, contrairement à l'opinion exprimée par quelques accoucheurs, qu'il faille rejeter complètement la ponction vaginale du traitement de la dystocie par kystes ovariques.

Les faits que nous avons recueillis montrent que cette petite opération, simple, facile, à la portée de tous, est loin d'entraîner toujours les dangers dont on l'a accusée, et qu'elle peut rendre encore de réels services. Aussi avec Lepage, avec Voron, avec Bender, avec notre maître M. le professeur Puech, nous pensons qu'elle trouve des indications dans certains cas.

Pour donner un plein succès, les opérations abdominales exigent la réunion de nombre de circonstances qui ne se rencontrent pas toujours dans la pratique courante.

Quand ces conditions favorables manquent, leurs résultats deviennent très aléatoires.

C'est pourquoi, la ponction vaginale, en tant que méthode de nécessité, pourra être utilisée par le praticien mal outillé et insuffisamment assisté qui, loin de tout centre chirurgical et dans un milieu d'asepsie douteuse, se trouve en présence d'une femme, en travail depuis longtemps, que guette la rupture utérine et chez laquelle une prompte intervention s'impose.

A cette opinion exprimée par MM. Puech et Vanverts dans leur récent rapport au Congrès de Lille, nous nous rallions de tous points.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 12 juin 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 12 juin 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !